

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علامه طباطبائی

پردیس آموزش های تخصصی و نیمه حضوری

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی گرایش عمومی

موضوع :

اثر بخشی شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری بر کاهش افسردگی و ارتقاء رضایت زناشویی زنان افسرده مراجعه کننده به مرکز مشاوره خانواده بهزیستی شهر ساری

استاد راهنما

دکتر احمد برجعلی

استاد مشاور

دکتر فرامرز سهرابی

استاد داور

دکتر احمد اعتمادی

پژوهشگر

حکیمه شیرزاد

بهار 1390

تقدیم بہ :

بزرگترین امیدهای زندگی ام:

پدرم کہ چون کوه تکیہ کاہم بودہ واسوہ صبوری و عشق
ومادرم کہ دریای مہربانی اش بی اتہاست ...

تقدیر و شکر:

با شکر از زحمات سید ریخ استاد ارجمند جناب آقای دکتر احمد برحلی که راهنمایی های ارزنده ایشان در تمام مراحل انجام

کار برایم دلگرمی و شوق ادامه کار بود....

؛ همچنین از زحمات جناب آقای دکتر فرامرز سهرابی استاد مشاور و جناب آقای دکتر احمد اعتمادی که با نگاه دقیق و

حاملان داورسی این پایان نامه را به عهده گرفتند و دوست عزیزم سعیده انانی که مراد این امریاری کردند قدر دانی می

نمایم.

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری بر کاهش افسردگی و ارتقاء رضایت زناشویی زنان افسرده مراجعه کننده به مرکز مشاوره خانواده بهزیستی شهر ساری بود.

روش: در یک طرح تحقیقی نیمه تجربی (نیمه آزمایشی) و با استفاده از نمونه گیری در دسترس، 40 آزمودنی زن با نارضایتی زناشویی که از قبل توسط مصاحبه بالینی و تشخیص روان پزشکی مرکز افسرده تشخیص داده شده بودند، پرسشنامه افسردگی بک تجدید نظر شده و همچنین پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ را پر کردند، از بین این افراد 20 نفر واجد شرایط ورود به طرح (یعنی دریافت درجه افسردگی متوسط یا خفیف و عدم رضایت از روابط زناشویی) بودند که از بین این 20 نفر 10 نفر به طور تصادفی در گروه آزمایش و 10 نفر در گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش در 12 جلسه هفتگی شناخت درمانی گروهی شرکت کردند. آزمودنیهای گروه گواه تحت هیچ گونه آموزش گروهی قرار نگرفتند. آزمودنیهای دو گروه قبل از شروع درمان و در مقاطع مورد نظر (بعد از جلسه دوازدهم و یک ماه پس از درمان) پرسشنامه های افسردگی بک تجدید نظر شده و رضایت زناشویی انریچ را تکمیل کردند.

فرضیه های تحقیق عبارت بود از: 1- شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری بر کاهش افسردگی زنان افسرده موثر است. 2- شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری بر ارتقاء رضایت زناشویی زنان افسرده موثر است. 3- شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری در مرحله پیگیری بر کاهش افسردگی ثبات دارد. 4- شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری در مرحله پیگیری بر ارتقاء رضایت زناشویی ثبات دارد.

یافته ها: آزمون t مستقل بین دو گروه آزمایش و گواه در عامل نمرات اختلافی افسردگی (پیش آزمون - پس آزمون)، (پس آزمون - پیگیری) و در عامل نمرات اختلافی رضایت زناشویی (پیش آزمون - پس آزمون)، (پس آزمون - پیگیری) نشان داد که شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و نیز ارتقاء رضایت زناشویی زنان افسرده تاثیر دارد. همچنین شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری در مرحله پیگیری بر کاهش افسردگی ثبات دارد اما بر ارتقاء رضایت زناشویی ثبات نشان نداد.

نتیجه گیری: به نظر می رسد با توجه به اینکه شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقاء رضایت زناشویی زنان مبتلا به افسردگی خفیف و متوسط موثر است، می توان در مراکز مشاوره خانواده از این روش سود جست.

کلید واژه ها: شناخت درمانی گروهی، افسردگی، رضایت زناشویی، مایکل فری

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
1	فصل اول: طرح و کلیات پژوهش
2	مقدمه
4	بیان مسئله
6	اهمیت و ضرورت پژوهش
7	هدفهای پژوهش
7	فرضیه های پژوهش
8	تعریف اصطلاحات
8	تعاریف نظری
8	تعاریف عملیاتی
9	فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهشی
10	مقدمه
11	پیشینه نظری افسردگی
11	تعاریف افسردگی
12	ملاک های تشخیصی افسردگی بر اساس DSM-IV-TR
13	تاریخچه افسردگی
14	انواع اختلال افسردگی
14	افسردگی درون زا و برون زا
14	افسردگی یک قطبی و دو قطبی
14	افسردگی یک قطبی
14	علایم افسردگی یک قطبی
14	نشانه های هیجانی
15	نشانه های شناختی
15	نظر منفی نسبت به خود
15	اعتقاد به آینده نومیدانه
15	نشانه های انگیزشی
15	نشانه های جسمانی
15	افسردگی دو قطبی
16	اختلال عاطفی فصلی
16	شیوع (همه گیر شناسی) افسردگی
17	عوامل خطر در افسردگی

17	جنسیت
17	سن
18	وضعیت تاهل
20	سیر افسردگی
20	افسردگی از دریچه نظریه ها
20	دیدگاه زیستی
20	وراثت
20	عوامل زیست شیمیایی
21	دیدگاه های روان شناختی
22	دیدگاه روان کاوی (فرویدی)
23	دیدگاه رفتاری
23	دیدگاه فرهنگی اجتماعی
24	دیدگاه هستی گرا و انسان گرا
24	دیدگاه شناختی
25	مدل شناختی افسردگی بک
25	درمان های افسردگی
25	درمان های زیستی
25	درمان دارویی (دارودرمانی)
26	شوک درمانی
27	روان درمانی روان پویشی
27	روانکاوی
27	درمان روان پویشی کوتاه مدت
28	روان درمانی میان فردی (IPT)
28	رفتاردرمانی
28	درمان های شناختی
28	شناخت درمانی افسردگی بک (CT)
29	شناخت مدل
31	عمده ترین خطاهای شناختی در افسردگی
31	ذهن خوانی
31	پیش گوئی
32	فاجعه سازی
32	برچسب زدن
32	دست کم گرفتن جنبه های مثبت
32	فیلتر منفی
32	تعمیم افراطی
32	تفکر دو قطبی
32	بایدها

32	.....	شخصی سازی
32	.....	مقصدانستن
32	.....	مقایسه های غیرمنصفانه
33	.....	همیشه پشیمان بودن
33	.....	نکند که
33	.....	استدلال هیجانی
33	.....	ناتوانی در عدم تایید شواهد
33	.....	برخورد قضاوتی
33	.....	برنامه شناخت درمانی گروهی
34	.....	رضایت زناشویی
34	.....	تعاریف
35	.....	رضایت زناشویی و سازگاری زناشویی
36	.....	عوامل موثر بر رضایت زناشویی
36	.....	مبادله رفتار، کیفیت ارتباط و رضایت زناشویی
36	.....	ارتباط، شیوه های حل تعارض و رضایت زناشویی
37	.....	سبک دلبستگی و رضایت زناشویی
38	.....	عوامل جنسی و رضایت زناشویی
39	.....	رویدادهای مهم زندگی و رضایت زناشویی
40	.....	ویژگی های شخصیتی (مشخصات فردی) و رضایت زناشویی
41	.....	ایفای نقش و رضایت زناشویی
41	.....	سلامت روانی و رضایت زناشویی
42	.....	زمینه های فرهنگی - اجتماعی رضایت زناشویی
43	.....	صمیمیت و رضایت زناشویی
43	.....	سلامت جسمانی و رضایت زناشویی
43	.....	عوامل زمینه ای و سایر عوامل موثر بر رضایت زناشویی
44	.....	اهمیت رضایت مندی رابطه زوجین
45	.....	بررسی نظریه های موجود در رابطه با رضایتمندی زناشویی
45	.....	نظریه چرخه زندگی زناشویی
45	.....	نظریه طبقه بندی ازدواج های بادوام
46	.....	نظریه مبادله اجتماعی نای
46	.....	نظریه عقلانی هیجانی الیس
46	.....	نظریه های سبب شناسی رضایت زناشویی
46	.....	رویکرد روان تحلیلی
47	.....	رویکرد رفتارگرایی
48	.....	رویکرد شناختی - رفتاری

48	پیشینه پژوهشی
48	پژوهش های انجام شده در داخل کشور
50	پژوهش های انجام شده در خارج کشور
53	فصل سوم: روش تحقیق
54	مقدمه
55	طرح پژوهش
55	جامعه آماری
55	روش نمونه گیری و حجم نمونه
55	ملاک های ورود آزمودنی ها در این پژوهش
56	ملاک های خروج آزمودنی ها در این پژوهش
56	ابزارهای اندازه گیری، ویژگی ها و نحوه نمره گذاری آنها
56	پرسشنامه افسردگی بک - 2 (BDI-II)
57	اعتبار و روایی
58	اجراء نمره گذاری و تفسیر
59	پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH
61	اعتبار و روایی
63	روش اجرا و نمره گذاری پرسشنامه
63	روش تجزیه و تحلیل داده ها
64	اهداف جلسات درمانی
66	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل یافته های تحقیق
67	مقدمه
68	یافته های توصیفی
71	یافته های استنباطی
76	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
77	مقدمه
78	نتایج پژوهش
80	محدودیت ها
80	پیشنهاد های پژوهشی
81	پیشنهاد های کاربردی

82 منابع

93 پیوست ها

پیوست 1: پرسشنامه افسردگی بک

پیوست 2: پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ

پیوست 3: داده های به دست آمده از پرسشنامه BDI و ENRICH

پیوست 4: جلسات شناخت درمانی گروهی مایکل فری

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول 1-2: نشانه های افسردگی مالیخولیایی.....	14
جدول 2-2: شیوع طول عمر اختلالات افسردگی.....	16
جدول 2-3: مقایسه شیوع (درصد در جمعیت عمومی) و عوامل خطر افسردگی اساسی.....	18
جدول 1-4: مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش در آزمون افسردگی بک... 68	68
جدول 2-4: مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه گواه در آزمون افسردگی بک..... 68	68
جدول 3-4: مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش در آزمون رضایت زناشویی انریچ..... 70	70
جدول 4-4: مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه گواه در آزمون رضایت زناشویی انریچ..... 70	70
جدول 5-4: میانگین و انحراف استاندارد مربوط به تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه..... 72	72
جدول 6-4: آزمون t مستقل بین دو گروه آزمایش و گواه در عامل نمرات اختلافی افسردگی (پیش آزمون - پس آزمون)..... 72	72
جدول 7-4: میانگین و انحراف استاندارد مربوط به تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه در آزمون رضایت زناشویی انریچ..... 73	73
جدول 8-4: آزمون t مستقل بین دو گروه آزمایش و گواه در عامل نمرات اختلافی رضایت زناشویی (پیش آزمون - پس آزمون)..... 73	73
جدول 9-4: میانگین و انحراف استاندارد مربوط به تفاوت نمرات پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه در آزمون افسردگی بک..... 74	74
جدول 10-4: آزمون t مستقل بین دو گروه آزمایش و گواه در عامل نمرات اختلافی افسردگی (پس آزمون - پیگیری)..... 74	74
جدول 11-4: میانگین وانحراف استاندارد مربوط به تفاوت نمرات پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه در آزمون رضایت زناشویی انریچ..... 75	75
جدول 12-4: آزمون t مستقل بین دو گروه آزمایش و گواه در عامل نمرات اختلافی رضایت زناشویی (پس آزمون - پیگیری)..... 75	75

فهرست اشکال

صفحه

عنوان

- شکل 1-2: مثلث شناختی در افسردگی 29
- شکل 2-2: مدل درمان شناختی بر اساس رابطه بین افکار، احساسات و رفتار 30
- شکل 3-2: مدل شناختی افسردگی 31

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
69	نمودار 1-4: تغییر نمرات افسردگی دو گروه آزمایش و گواه در نمرات پیش آزمون- پس آزمون - پیگیری
71	نمودار 2-4: تغییر نمرات رضایت زناشویی دو گروه آزمایش و گواه در نمرات پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری

فصل اول

طرح و کلیات پژوهش

مقدمه :

در زندگی همه ما روزهایی دارد که همه چیز را سیاه و سفید می بینیم. هیچ چیز شادی ما را بر نمی انگیزد و هیچ امیدی به موفقیت نداریم. بدخلق و غمگین هستیم، احساس تنهایی، خلاء و ناامیدی بر ما چیره می شود واضطراب ما را فرا می گیرد، اما آنچه موجب می شود تا چنین احساس هایی به صورت اختلال های روانی در آیند، نوع و تعداد نشانه ها، شدت و طول مدت و همچنین حدی است که به جریان بهنجار زندگی روزمره آسیب می رسانند. در قلمرو زندگی بهنجار و در زمینه تجربه آسیب شناختی این احساس و شیوه دریافت آنها را با مفهوم "افسردگی" مرتبط ساخته اند (انجمن روانپزشکی آمریکا، 1994، ترجمه: گنجی، 1381).

افسردگی نه تنها با فشار روانی هیجانی و نقص روان شناختی همراه است بلکه همچنین با نقص در کارکرد شغلی، زناشویی و بین فردی در ارتباط است (هامن¹، به نقل از اینگرام²، 2007).

وجود مشکلات بالقوه زوجین می تواند اثرات نامطلوبی بر زندگی کل افراد خانواده داشته باشد با پیشرفت دنیای امروز زندگی ماشینی و کاهش ارتباط فردی، میزان بروز افسردگی و شیوع آن رو به افزایش گذاشته است (زونگ³، 2003 به نقل از بخشی، اسدپور و خدادادی زاده، 1386).

شناخت درمانی، یک روش علمی برای درمان افسردگی و سایر اختلالات روانی بوده و مبتنی بر نظریه ای ساده است که می گوید: این افکار و طرز تلقی شما از محیط پیرامون است که روحیه شما را شکل می دهد (قراچه داغی، 1385).

شناخت درمانی، برای درمان نشانه ها و رفتارهای غیر طبیعی مورد استفاده قرار می گیرد که به علت شیوه تفکر بیمار در مورد آن ها، باقی مانده اند. اعمالی که به باقی ننگ داشتن یک اختلال در یک دوره طولانی کمک می کند، در اکثر موارد باعث رفع موقت پریشانی و ناراحتی بیمار شده و این یکی از دلایلی است که باعث می شود این طرق ناسازگار تفکر و رفتار غالباً به سختی تغییر یابند (گلدنر⁴، 1999 ترجمه: نادری فر، 1381).

¹ -Hammen

² -Ingram

³ -Zung

⁴ -Golder

در شناخت درمانی، درمانگر سعی می کند یک یا چند تفکر مختل را که مشخص کننده اختلال است تغییر دهد، مثلا ترس های غیر منطقی بیمار فوبیک یا افکار بدبینانه و بی دلیل یک بیمار افسرده. هدف از شناخت درمانی، تغییر دادن مستقیم این طرز تفکرها به امید پدید آمدن بعدی سایر تغییرات است.

همچنین، شناخت درمانی بر این نظریه مبتنی است که رفتار ثانوی، وابسته به نحوه تفکر افراد در مورد خودشان و نقششان در دنیاست و رفتارهای غیر انطباقی می تواند ناشی از دگرگونی های شناخت یا اشتباهات تفکر باشد و شناخت درمانی، این دگرگونی های شناختی و رفتارهای خود شکنانه ناشی از آن ها را اصلاح می نماید.

در شناخت درمانی، درمان کوتاه مدت است و معمولا 5-12 جلسه و در ضمن 12 هفته انجام می شود و بدین صورت بیمار از دگرگونی های شناختی خود آگاه می شود. برای آگاهی از دگرگونی های شناختی و تغییر طرز تفکر بیمار دو مرحله طی می شود:

گام نخست، شناسایی افکار غیر منطقی است که برخی از این افکار توسط بیماران توصیف می شود لکن معمولا از وجود آن ها بی خبرند. افکار غیر منطقی را می توان با مصاحبه دقیق، درخواست از بیمار برای تهیه یادداشت روزانه افکار تجربه شده خود مشخص نمود.

درگام دوم، سعی می شود که عقاید غیر منطقی تغییر داده شود این کار به دو طریق کلامی¹ با راهنمایی از جانب درمان گر در طی جلسات درمانی و رفتاری² به وسیله خود بیمار در فعالیت های روزانه انجام شود (اسدی نوقابی، 1384).

شناخت درمانی، توسط "آرون بک" ابداع شد و بر نقش نظام های اعتقادی و تفکر، در رفتار و احساس تاکید دارد. کانون شناخت درمانی، شناخت عقاید تحریف شده و تغییر ناسازگارانه به کمک برخی فنون است که شامل فنون رفتاری و عاطفی نیز می شود. در جریان این نوع درمان به افکاری که انسان ها از آن بی خبرند و نظام های اعتقادی یا طرحواره های شناختی³ توجه می شود. طرحواره های شناختی، متشکل از طرز فکر افراد در مورد نیازها و عقاید و مفروضاتشان درباره مردم، رویدادها و محیط است. به طور کلی دو نوع طرحواره شناختی وجود دارد: مثبت (سازگارانه) و منفی (ناسازگارانه). طرحواره ای که در یک وضعیت سازگارانه است در وضعیت دیگر می تواند ناسازگارانه باشد (شارف، 1386).

هدف اصلی در شناخت درمانی، حذف سوگیری ها یا تحریف های فکری است تا انسان بهتر کار کنند. در شناخت درمانی به شیوه پردازش اطلاعات مراجعان که احساسات و رفتارهای ناسازگارانه آنان را حفظ می کند توجه می شود. شناخت درمان گران تحریف های شناختی مراجعان را زیر سوال می برند، می آزمایشند و مورد بحث قرار می دهند؛ تا احساسات، رفتارها و تفکر مثبت تری در بیماران خود ایجاد کنند. آن ها هدف هایی را بر

¹ -Verbal

² -Behavioral

³ -Cognitive Schemas

می‌گزینند که مشخص و ارجح باشند و با مراجعان خود همکاری می‌کنند. این هدف‌ها مولفه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی دارند و هر چه هدف مشخص‌تر و دقیق‌تر باشند، انتخاب روش‌های تغییر نظام‌های اعتقادی و احساسات و رفتارهای مراجعان آسان‌تر می‌شود (همان منبع).

با توجه به سطور فوق پژوهشگر درصدد است تا کارآیی روش شناخت درمانی گروهی "فری" را بر کاهش افسردگی و ارتقاء رضایت زناشویی زنان افسرده بررسی نماید. امید است این تلاش مختصر، مبنایی برای انجام تحقیقات بیشتر و گسترده‌تر در این زمینه محسوب شود.

بیان مسئله :

اصطلاح افسردگی اغلب برای بیان اندوه عمیق به کار می‌رود. تقریباً همه افراد زمانی دچار غم و غصه شده‌اند. اما کسانی که بیماری افسردگی دارند، دلسردی و نومیدی شدیدی را تجربه می‌کنند که مدت زیادی طول می‌کشد و معمولاً با زندگی خانوادگی، شغلی یا موقعیت‌های اجتماعی آنها تداخل می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ترجمه: گنجی، 1381).

افسردگی مجموعه‌ای از نشانه‌های بیمارگون است که شامل خلق افسرده، از دست دادن علاقه، اضطراب، اختلال خواب، از دست دادن اشتها، فقدان انرژی و افکار مربوطه به خودکشی می‌باشد (لیندزی و پاول، 1994 به نقل از سلگی و همکاران، 1386).

افسردگی مرضی¹ به قدری شایع است که سرما خوردگی روان پزشکی لقب گرفت است (سلیگمن²، 1975). در هر مقطع معینی از زمان 20-15 درصد بزرگسالان در سطح قابل توجهی از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند و حداقل 12 درصد به میزانی از افسردگی که آنها را در مرحله‌ای از زندگی به سمت درمان بکشاند، مبتلا هستند و حدس زده می‌شود که حدود 75 درصد موارد بستری در بیمارستان‌های روانی را موارد افسردگی تشکیل می‌دهند، در جوامع صنعتی غرب، افسردگی در بین زنان تقریباً دو برابر این میزان در مردهاست (براون³ و هریس⁴، 1978 به نقل از هاتون و همکاران، 2003، ترجمه: قاسم زاده، 1382). احتمال ابتلای زن به افسردگی در ایران دو برابر مردان (9/1 درصد در مقابل 4/5 درصد) و در مورد افسرده‌خویی⁵ کمتر از دو برابر (2/9 درصد در مقابل 1/7 درصد) به دست آمده است (کاوایانی، احمدی ابهری، نظری و هرمزی، 1379).

پژوهش‌های متعددی ارتباط ثابتی را بین افسردگی و ناهماهنگی زناشویی نشان داده‌اند. زوج‌هایی که یکی از آنها افسرده است غالباً ارتباط آشفته‌ای را تجربه می‌کنند (فادن⁶، 1989).

¹-clinical depression

²-seligman

³-Brown

⁴-Harris

⁵-dysthymi

⁶-Fadden

به علاوه ازدواج های ناهماهنگ عامل خطری برای افسردگی است (ویسمن¹، 1987)، در مقابل رضایت زناشویی با کاهش خطر ابتلا به افسردگی همراه است (بیچ² و همکاران، 1994). همسرانی که اختلاف دارند، افسرده تر هستند، رفتاری خصمانه و خلقی مضطرب تر دارند (سایرز³، کوهن⁴، فرسکو⁵، بلاک⁶ و ساروز⁷، 2001). فرا تحلیلی (2001) ویسمن نشان داد که ارتباط بین علایم افسردگی و عدم رضایت زناشویی در اندازه اثر متوسط تا بزرگ قرار می گیرد (به نقل از دسالس⁸، جانسون⁹، دنتون¹⁰، 2003). همچنین در 50 درصد زنان افسرده ناهماهنگی زناشویی و در 50 درصد زنانی که ناهماهنگی زناشویی دارند افسردگی گزارش شده است (بیچ، ساندین و الری¹¹، 1990 به نقل از هالورن، 1998). وجود رابطه بین ناهماهنگی زناشویی و افسردگی باعث شده است تا برخی درمانگران برای درمان افراد افسرده (به ویژه) زنان به درمان های متفاوتی روی آوردند و اثر بخشی آنها به توجه به آزمایش گذارده شود (موسوی، محمد خانی، کاویانی و دلاور، 1385).

حداقل دو تحول اساسی در 40 سال گذشته در نظریه و درمان افسردگی وجود داشته است: یکی استفاده از داروها برای کاهش نشانه های افسردگی و دیگری درمان شناختی - رفتاری (کمپل¹² و همکاران، 2006). هدف شناخت درمانی فعال کردن سیستم شناختی است که سرانجام موجب سازگار شدن پردازش اطلاعات و آغاز تغییرات مثبت در همه سیستم های عاطفی، هیجانی و فیزیولوژیکی را فراهم می آورد (دابسون و محمد خانی، 1385).

یکی از شواهد مربوط به کارایی شناخت درمانی برای بیماران افسرده، کفایت این روش در کاهش سریع نشانگان افسردگی است (دابسون و کندال¹³، 1993).

¹ -Weissman

² -Beach

³ -Sayers

⁴ -Kohen

⁵ -Fresco

⁶ -Bellack

⁷ -Sarwer

⁸ -Dessaulles

⁹ -Johnson

¹⁰ -Denton

¹¹ -O'leary

¹² -Campell

¹³ -kendall

کلارک و فیبرن¹ (1997) نشان دادند که این درمان در مورد بیماران افسرده بالینی و پیش بالینی مفید است و همچنین ترکیب آن با دارو درمانی بهتر از کاربرد آن به تنهایی است. راش²، بک³، وکواکس⁴ و هولون⁵ نشان نشان دادند که شناخت درمانی و دارو درمانی به یک اندازه مفید هستند (به نقل از دابسون و محمد خانی، 1385).

در شناخت درمانی بیمار تشویق می شود تا رابطه میان افکار خود آیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه هایی که باید به بوته ی آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خود آیند منفی است به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد (هاوتون⁶، 2003).

از نظر علمی سه نوع تغییر در شناخت درمانی اتفاق می افتد: نخست تغییر در ساختارهای شناختی پایدار، دوم تغییر در فرایند تفکری که در آغاز آگاهانه و خود خواسته است و سوم تغییر از افکار خود آیند منفی به سمت تفکر هدفمند، یعنی افکاری که با واقعیت عینی سازگار هستند (فری⁷، 1999).

در روش شناخت درمانی هدف نه فقط بهبودی بلکه تداوم در بهبودی و در صورت امکان جلوگیری از عود آن است، که بدین منظور در طی درمان، بیماران مهارت های فعال کاهش افسردگی را در 6 تا 20 جلسه روان درمانی می آموزند (قاسم زاده، 1380).

با توجه به شیوع افسردگی، روان درمانی فردی به علت صرف وقت و هزینه بالا نمی تواند جوابگوی حل این معضل باشد (همان منبع). بنابراین، از گروه درمانی که از لحاظ هزینه و مدت زمان با صرفه تر از روان درمانی فردی است استفاده می شود، با توجه به شیوع افسردگی به ویژه در زنان و ارتباط آن با رضایت زناشویی این پژوهش در نظر دارد به بررسی این موضوع بپردازد که آیا شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقای میزان رضایت زناشویی زنان افسرده تاثیر دارد؟

اهمیت و ضرورت پژوهش

افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی است. تخمین زده می شود که از هر پنج نفر یک نفر در طول زندگی دچار افسردگی می شود (کسلر⁸، مک دوگال⁹، زاو¹⁰ و همکاران، 1994). افسردگی یکی از عود کننده ترین اختلالات روانی است و در زنان شایع تر از مردان است (کلرمن¹¹، ویسمن¹²، 1992؛ به نقل از کسلر و

1-clark&faiburn

2-Rush

3-Beck

4-kovacs

5-Hollon

6-Hawton

7-Free

8-kessler

9-mc Gonagle

10-zhao

11-klerman

12-weissman

همکاران، 1994). به طوریکه زنان تقریباً دو برابر مردان دچار افسردگی می شوند (همان منبع). علاوه بر این افسردگی سیر مزمن و دوره ای دارد. همین موضوعات ضرورت پژوهش در زمینه آسیب شناسی این اختلال را توجیه می کند (کاتلیب¹، گیلبو²، وسامرفلد³، 2000، به نقل از محمدی، 1386). افسردگی سبب بدکنشی در حوزه های گوناگون از جمله شغل، روابط اجتماعی و زندگی خانوادگی می شود (وتیچن⁴، کارتر⁵، پفیستر⁶ و همکاران، 2000).

یکی از مسائلی که به شدت با افسردگی در ارتباط است، رضایت زناشویی است. مسائل زندگی زناشویی فقط ناسازگاری و طلاق نیست اگرچه اکثر زوجها- به خصوص در جامعه ما - به هر حال به زندگی با یکدیگر ادامه می دهند. اما نکته اصلی این است که آیا زوجها در زندگی مشترک احساس سعادت و خوشبختی می کنند؟ متأسفانه رضایت از زندگی بر خلاف آنچه گمان می شود در میان زوجها چندان فراوان نیست (رضازاده، 1381 به نقل از مقصود زاده، 1389).

با توجه به گستردگی، شیوع و پیچیدگی افسردگی از یک سو و عوارض فردی و اجتماعی آن از سوی دیگر، نظریه پردازان، پژوهشگران و متخصصین بالینی به ارزیابی جنبه های مختلف این اختلال پرداخته اند و در خصوص آسیب شناسی، پیشگیری و درمان آن نظریه پردازی نموده و مدل های متفاوتی ارائه داده اند. شناخت درمانی طی چهار دهه گذشته رشد و پیشرفت چشمگیری داشته است. در حال حاضر این رویکرد یکی از کارآمدترین رویکردهای روان درمانی شناخته می شود (کندال و حمبلس، 1998، به نقل از محمدی، 1386). این پژوهش سودمندی شناخت درمانی گروهی را در کاهش افسردگی و ارتقاء میزان رضایت زناشویی زنان افسرده که شکلی از آن توسط مایکل فری (1999، ترجمه محمدی و فرنام، 1384) طراحی شده است، مورد آزمون قرار می دهد. بدیهی است که نتایج آن می تواند به اصلاح و توجه به نکات کاربردی تر این روش کمک کند و سپس ابعاد وسیعی به بالینگران آموزش داده شود تا به گونه ای وسیع در حوزه بالینی مورد استفاده قرار گیرد.

هدفهای پژوهش:

- تعیین اثر بخشی شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری بر کاهش افسردگی زنان افسرده.
- تعیین اثر بخشی شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری بر ارتقاء میزان رضایت زناشویی زنان افسرده.

فرضیه های پژوهش:

- 1- شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری بر کاهش افسردگی زنان افسرده موثر است.

1-Gotlibe
2-Gilboa
3-sommerfeld
4-wittchen
5-carter
6-pfister